ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET

D'OBSTÉTRIQUE

DIRECTEURS :

PINARD
Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine. Membre de l'Académie de médecine.

TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine. Membre de l'Académie de médecine.

PAUL SEGOND
Professeur à la Faculté de médecine. Chirurgien de la Salpêtrière.

Rédacteurs en chef :

Dr H. HARTMANN
Professeur agrégé à la Faculté. Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Dr A. COUVELAIRE
Ancien chef de clinique d'accouchements. Chef de laboratoire à la Faculté.

Secrétaire de la Rédaction :
Dr R. Labusquière

EXTRAIT

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 6e
1905

Les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* ont été fondées en 1873 par PAJOT, COURTY, GALLARD et Alb. LEBLOND. — Elles sont donc actuellement dans leur 32e année. Les *Annales* paraissent chaque mois, par fascicule d'au moins 64 pages, et forment, chaque année, un volume d'environ 800 pages. — Le 1er numéro de chaque trimestre contient un index bibliographique, dont les matières sont classées méthodiquement en paragraphes, de façon à faciliter les recherches.

Comité de rédaction :

Champetier de Ribes. — Fieux. — A. Herrgott. — Lepage. — Oui.
A. Pollosson. — Potocki. — Queirel.
Ribemont-Dessaignes. — Wallich. — Chantemesse. — Troisier.
Condamin. — Pierre Delbet.
Just Lucas-Championnière. — Mauclaire. — Nélaton. — Nogues. — Pozzi.
Quénu. — Schwartz. — Tuffier.

Correspondants :

Aage Kiaer, à Copenhague. — F. Barnes, à Londres. — Bumm, à Berlin.
Byford, à Chicago. — Cantacuzène, à Bucarest.
Cardenal, à Barcelone. — Cordes, à Genève. — De Ott, à Saint-Pétersbourg.
Hofmeier, à Würzbourg. — Pasquali, à Rome.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris, **18** fr. — Pour les Départements, **20** fr.
Pour l'Union postale, **22** fr.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco :*

A M. le Dr **Hartmann**, 4, place Malesherbes, pour la *partie gynécologique* ; à M. le Dr **Couvelaire**, 29, rue Pierre-Charron, pour la *partie obstétricale* ; — ou aux bureaux du journal, chez l'éditeur.

Extrait des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Mai 1905.

PYLORECTOMIE POUR CANCER DE L'ESTOMAC

TROIS ANS ET DEMI PLUS TARD, HYSTÉRO-OVARIECTOMIE POUR KYSTES BILATÉRAUX DES OVAIRES ET FIBROMES UTÉRINS. GUÉRISON.

Par **HENRI HARTMANN**.

Il n'arrive pas fréquemment que le même chirurgien ait, à plusieurs années de distance, l'occasion d'extirper successivement à la même malade un cancer de l'estomac et des productions kystiques bilatérales des ovaires. Aussi nous a-t-il semblé intéressant de publier l'observation suivante :

Mme X, 38 ans, nous est adressée, en juillet 1901, par notre collègue et ami le docteur Soupault. Cette malade souffre de l'estomac depuis 1892. Les troubles gastriques ont succédé à des attaques d'asthme qui ont disparu au moment de leur apparition. Il n'existe cependant pas de stigmates hystériques, bien que la malade, très nerveuse, se plaigne de névralgies fréquentes, de sensation de casque, etc.

Pendant quelques années elle présente des signes de dyspepsie hypersthénique avec gastrosucorrée, hyperchlorhydrie digestive et atonie gastrique sans stase. A jeun il y avait des sortes de crampes. L'ingestion d'aliments était suivie d'une sensation de bien-être ; les douleurs reparaissaient trois ou quatre heures après le repas, cédaient momentanément à l'ingestion d'une petite quantité de lait, puis reparaissaient.

Le cathétérisme à jeun, pratiqué en 1897 par le docteur Soupault, ramène 50 centimètres cubes de liquide verdâtre, muqueux, filant, sans résidu alimentaire.

Acidité totale.	1,05
Gunzbourg	très fort
Vert brillant	virage net
Peptones	très faible
Eau iodée.	reste brune

Un repas d'épreuve (60 gr. de pain, 250 cmc. d'eau) est extrait au bout d'une heure. La digestion est avancée, le liquide s'écoule facilement par la sonde, il filtre assez rapidement, jaune bulle, transparent.

Gunzbourg	très énergique
Vert brillant.	vert jaune
Peptones.	plus énergique
Eau iodée	violet
Acide lactique	0
Acidité totale	2,35 p. 1000
Chlorures T.	3,64 $\frac{T}{F} = 2,20$
F.	1,55

$$H + C = 209 \begin{cases} H = 0,79 \\ C = 1,31 \end{cases}$$

Un traitement consistant dans l'administration d'alcalins et de bismuth améliore l'état.

Mais en 1900, des phénomènes douloureux apparaissent de nouveau. Il existe un état gastrique douloureux presque continuel ; l'estomac devient très sensible à la pression ; la malade souffre beaucoup de l'estomac et du dos. Elle ne peut se soulager qu'en buvant, toutes les demi-heures, une tasse de lait. De temps en temps, après une crise douloureuse plus forte, se produit un vomissement qui amène un soulagement momentané.

Lorsque le docteur Soupault revoit la malade en juin 1901, il constate que l'estomac n'est pas dilaté, mais un peu bombé et très douloureux à la pression. Il est vide à jeun. Amaigrissement considérable. Pâleur extrême. Insuccès complet de la thérapeutique médicale.

Pensant à un cancer greffé sur un ulcère, le docteur Soupault nous adresse la malade.

Le 16 juillet 1901, avec l'aide de notre collègue le docteur Cunéo et de notre interne Prat, après anesthésie par le docteur Bourbon, nous pratiquons la *pylorectomie*. Après incision sus-ombilicale, nous amenons l'estomac dans la plaie ; il n'est pas dilaté bien que nous n'ayons pas pratiqué de lavage préopératoire ; il est assez vasculaire et l'on voit à sa surface des veines bleuâtres, dilatées, ce qui tient peut-être à ce que la respiration se fait mal et qu'il existe un peu de cyanose depuis le début de l'anesthésie. Au niveau de la région pylorique on voit une surface blanche, d'apparence cicatricielle, au-dessous de laquelle on sent une tumeur manifeste. Le long des deux courbures se trouvent de nombreux ganglions. Ayant constaté, après effondrement de l'épiploon gastro-hépatique, qu'il n'existe pas d'adhérences postérieures, nous pratiquons la pylorectomie suivant notre procédé habituel : ligature de la coronaire stomachique près du cardia, de la gastro-épiploïque vers la partie moyenne de la grande courbure, pincement de l'estomac, section oblique enlevant presque toute la petite courbure ; fermeture de la section gastrique par un double rang de sutures, l'un perforant total, l'autre non perforant enfouissant le premier ; ligature de l'artère gastro-duodénale, section du duodénum ; implantation de la section duodénale dans un trou fait à la face postérieure de l'estomac.

Réunion sans drainage.

Guérison. L'appétit revient, la malade mange de tout ; le poids remonte de 47 kgr. 500 à 51 kgr. 500, poids le 12 octobre 1901, époque où elle repart en Annam.

Examen de la pièce enlevée par le docteur Cunéo. — Le fragment réséqué comprend le pylore, le vestibule pylorique et la partie initiale du duodénum.

La surface extérieure de l'estomac est congestionnée. La petite courbure est indurée, elle est toute entière occupée par une masse dure qui attire à elle le petit épiploon. A ce niveau, la séreuse présente des plaques dures de coloration blanchâtre. Au niveau de la grande courbure on aperçoit des tractus blanc nacré, se détachant de l'estomac et s'enfonçant dans le ligament gastro-colique en accompagnant les vaisseaux.

L'estomac est ouvert sur le milieu de sa face postérieure par une incision parallèle aux courbures. On aperçoit alors, au milieu du vestibule pylorique, une ulcération occupant le bord supérieur de la cavité de l'estomac. Cette ulcération, assez régulièrement arrondie, a les dimensions d'une pièce de 5 francs. Le fond est régulier, finement granuleux. L'ulcération est entourée par un bourrelet induré, arrondi en certains points, taillé à pic en certains autres. Autour de ce bourrelet, existe une zone d'infiltration très limitée qui envoie deux prolongements l'un du côté de la petite courbure, l'autre vers le pylore. Au niveau de la zone infiltrée, la muqueuse a perdu ses plis normaux, elle adhère au plan profond et a une consistance ferme.

L'estomac est très rétracté. La cavité gastrique est très rétrécie. Le rétrécissement atteint son maximum à 2 centimètres environ du pylore.

Lorsqu'on examine la tranche de section, on voit, au niveau de l'ulcération, la muqueuse et la sous-muqueuse fusionnées en un bloc blanchâtre qui envoie de fines traînées dans la musculaire. Plus loin, la muqueuse reprend ses caractères normaux, mais la sous-muqueuse reste infiltrée.

Examen histologique. — L'examen a porté à la fois sur la tumeur et sur les ganglions.

Tumeur. — Fixation au Flemming. Coloration à la safranine. La coupe, peu étendue, ne comprend que la muqueuse et la sous-muqueuse.

A l'une des extrémités de la coupe, la muqueuse est saine. On note simplement une légère hypertrophie du tissu conjonctif inter-glandulaire. Plus loin, la muqueuse est brusquement remplacée par le tissu néoplasique. Celui-ci est constitué par des cellules polymorphes à gros noyaux contenant plusieurs nucléoles. Ces cellules sont pressées les unes contre les autres et séparées seulement, en certains points, par de rares fibrilles et quelques cellules de tissu conjonctif. Elles ne présentent pas d'ordination pseudo-glandulaire.

La muscularis mucosæ est morcelée, et le néoplasme envahit la sous-muqueuse, qui est considérablement épaissie. Mais les éléments néoplasiques deviennent ici plus rares et sont perdus dans un stroma conjonctif très abon-

dant. Plus profondément, ce stroma prend les caractères du tissu fibreux, et les éléments néoplasiques semblent avoir entièrement disparu. La sous-muqueuse contient un grand nombre d'amas lymphoïdes dont les centres germinatifs semblent en hyperactivité fonctionnelle.

Ganglions. — Deux ganglions ont été examinés : l'un est normal, l'autre contient des éléments épithéliaux en un point très limité du sinus sous-capsulaire.

En Annam, Mme X... a d'abord été assez bien. Á part quelques accès de fièvre intermittente, elle jouissait d'une bonne santé, lorsqu'au commencement de 1903 elle commença à éprouver des douleurs dans le ventre, une sensation de pesanteur et constata qu'elle grossissait. Le docteur Degorce, consulté à Hanoï, fit en juin 1903 une ponction et évacua 2 litres de liquide. A la suite de cette ponction, les troubles disparurent jusqu'au début de 1904, époque où survinrent de nouveau des troubles digestifs en même temps qu'un développement lent et progressif de l'abdomen.

Lorsque nous voyons la malade le 5 septembre 1904, nous constatons que toute la partie inférieure du ventre est soulevée par une tumeur arrondie régulièrement, sans bosselures en aucun point. Cette tumeur est lisse, dépressible, très fluctuante. Le flot se transmet facilement et intégralement d'un côté à l'autre du ventre. La tumeur est mate, sauf à sa périphérie, particulièrement à sa partie supérieure droite, où des anses d'intestin viennent s'interposer entre elle et la paroi.

Au toucher le col est en place, le corps en anteflexion, les culs-de-sac conservés. En arrière le doigt sent une impulsion lorsqu'on déprime la tumeur abdominale. Il semble que l'on ait la même sensation sur les parties latérales du col ; le développement est un peu plus grand à droite qu'à gauche. La mobilité de l'utérus est un peu diminuée. Ces diverses explorations sont peu douloureuses ; elles déterminent cependant une légère sensibilité en haut et à gauche en particulier. Il existe un amaigrissement notable.

Le 26 novembre 1904, après anesthésie par le docteur Bourbon et avec l'aide de nos internes, Lecène et da Silva, nous pratiquons une *double ovariectomie avec hystérectomie subtotale* pour de petits fibromes utérins avec kystes bilatéraux des ovaires.

Après incision sous-ombilicale apparaît une tumeur convexe, régulière, grisâtre, d'où nous retirons par ponction deux litres et demi de liquide. Le kyste, développé aux dépens des annexes gauches, présente quelques adhérences à l'épiploon et au rectum ; il est fusionné avec la face postérieure du ligament large, dont le feuillet postérieur est en grande partie enlevé pendant le décollement du kyste.

A droite nous trouvons un petit kyste ovarique multiloculaire, adhérant de même à la face postérieure du ligament large, nous le décollons et le relevons.

L'utérus contient plusieurs petits fibromes. Il est enlevé avec les annexes. Ligature des utéro-ovariennes, des ligaments ronds, de l'utérine droite, section du col, ligature de l'utérine gauche après bascule de l'utérus.

Le moignon du col restant est évidé au bistouri, puis suturé ; le péritoine du petit bassin est reconstitué par une suture en surjet.

Drain. Réunion de la paroi abdominale à trois étages.

La guérison se fait sans incident. Nous revoyons la malade le 4 mai 1905, elle va bien ; son poids qui était, à la sortie de la maison de santé, de 42 kilogrammes, est actuellement de 44 kgr. 500.

Examen de la pièce enlevée. — A gauche le grand kyste ovarique a une paroi lisse, la trompe est étalée à sa surface hydropique, sans communication avec la cavité kystique. A droite il existe de même une hydrosalpyngite ; l'ovaire a le volume d'une pomme d'apis, il est polykystique avec une loge plus grande à contenu séro-sanguinolent et plusieurs autres plus petites. L'utérus contient dans l'épaisseur de sa paroi plusieurs petits fibromes.

L'examen histologique, fait par M. Lecène, a porté :

1° Sur un fragment de la paroi du grand kyste uniloculaire du côté gauche ;

2° Sur un fragment de la petite tumeur polykystique du côté gauche qui surmontait le kyste uniloculaire.

1° La paroi du kyste uniloculaire est formée par un tissu conjonctif dense, peu vasculaire, recouvert sur sa face interne par un épithélium cubique très aplati, formé d'un seul rang de cellules à noyaux bien colorés.

2° La petite tumeur polykystique est composée d'une grande quantité de petites cavités kystiques : leur paroi est formée de tissu conjonctif jeune, à cellules étoilées et parcouru par des vaisseaux abondants. A l'intérieur de ces cavités kystiques on trouve un revêtement épithélial continu formé en certains points d'épithélium cylindrique ou cubique très bas, en d'autres, d'épithélium cylindrique cilié des plus nets : les cils ont une longueur égale à la moitié du corps cellulaire. En aucun point de la paroi de tous ces kystes on ne trouve de cellules épithéliales caliciformes ou en sécrétion muqueuse, ce qui explique bien la limpidité et l'absence complète de viscosité du liquide retiré par la ponction du grand kyste.

L'analyse du liquide du kyste, faite par M. Giraudeau, interne en pharmacie, a donné les résultats suivants :

Volume retiré, 3 litres environ.

Couleur, incolore.

Aspect, non limpide, opalescent.

Consistance, absolument fluide, non filant.

Odeur, nulle.

Dépôt, nul.

Réaction, neutre au tournesol et autres réactifs colorés.

Densité, 1009.

Résidu fixe (au b. m.), 12 gr. 20 par litre.

Matières organiques, 6,7.

Matières minérales, 5,5.
Eau, 996, 8.
Urée, néant.
Chlorures, 4,70.
Albumine totale, 430.
— mucine, traces.
— globuline, traces.
— peptone, néant.
— sérine, forme la presque totalité des albumines.
Glucose, néant.
Pus, néant.
Phosphate, néant.
Cholestérine (murexide positive), traces.

Comme on peut le voir par l'examen histologique de la tumeur de l'estomac et des tumeurs ovariennes, il ne s'agit pas là d'une généralisation de la tumeur gastrique primitive ; nous nous trouvons en présence de tumeurs de natures différentes. C'est simplement un bel exemple de pluralité successive de néoplasmes divers chez une même malade.

31-5-05. — Tours, imp. E. Arrault et Cie.

VIENT DE PARAITRE

TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTÉRUS INOPÉRABLE

Par le Docteur RÉCAMIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris ; ancien aide d'Anatomie à la Faculté, Chirurgien de l'Hôpital libre Saint-Michel.

Un vol. in-8 carré de 214 pages. — Prix : **3** fr. **50.**

Ce livre, écrit avec méthode et clarté et avec beaucoup de souci de l'exactitude par un homme ayant l'expérience de la question, peut rendre les plus grands services au praticien, souvent en complet désarroi et trop prompt au découragement en face des rancœurs de la maladie en question.

Tout ce qui a été proposé de raisonnable pour soulager les malheureuses qui en sont atteintes est passé au crible d'une judicieuse critique. Après avoir abordé les *indications de l'hystérectomie*, l'auteur expose d'une facon très complète, dans ce qu'elle a de spécial au cancer utérin, *la technique du curettage* et des *divers procédés de cautérisation ignée et chimique.* Mais nous recommandons tout particulièrement la lecture des pages relatives aux *pansements*, au *traitement palliatif des fistules*, *de l'incontinence*, *de la douleur*, *de l'urémie et de l'anurie*, au *traitement général*, à *l'hospitalisation* et enfin à *l'action morale du médecin.* C'est dans cette seconde moitié de l'ouvrage que l'auteur donne vraiment sa note personnelle. On chercherait vainement ailleurs un ensemble de conseils aussi directement pratiques.

LEÇONS

DE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PAR

le Dr QUEIREL

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Marseille

DEUXIÈME SÉRIE

Préface de M. le Professeur A. PINARD

Un volume in-8 cavalier de 246 pages. Prix. . . . . **6** fr.

De la syphilis au point de vue obstétrical. — Syphilis placentaire. — Influence de la syphilis sur la grossesse. — Traitement de la syphilis congénitale. — Syphilis. — Influence réciproque de la grossesse et de la syphilis. — Syphilis et allaitement. — Du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. — Hystéropexie et puerpéralité. — Néphropexie. — Néphropexie et grossesse. — Kyste et grossesse. — Kyste de l'ovaire. — Grossesse triple. — Version par manœuvre externe. — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — Mort subite pendant la thoracentèse chez une femme grosse. — Phlébite gravidique et phlegmatia alba dolens. — Symphyséotomie. — Opération césarienne. — Indications de la symphyséotomie. — Accouchement spontané chez une femme rétrécie ayant déjà subi deux symphyséotomies. — Deux opérations de Porro. — Hystérectomie vaginale. — Péritonite suppurée. — Diagnostic différentiel de deux tumeurs de la fosse iliaque droite.

PARU PRÉCÉDEMMENT

Première série. *Un vol.* in-8 *de 296 pages.* Prix : **6** francs.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, *rue Casimir-Delavigne*, Paris.

PRINCIPES FONDAMENTAUX D'OBSTÉTRIQUE
VÉRIFIÉS, RECTIFIÉS OU ÉTABLIS A L'AIDE DE L'EXPÉRIMENTATION
SUR LE MANNEQUIN NATUREL
ET DE L'OBSERVATION SUR LA PARTURIENTE

INTRODUCTION
A L'ÉTUDE CLINIQUE ET A LA PRATIQUE
DES
ACCOUCHEMENTS
Anatomie — Présentations et Positions — Mécanisme — Toucher
Manœuvres — Extractions du Siège — Version — Forceps
PAR
Le Professeur L.-H. FARABEUF et le Docteur Henri VARNIER

Préface de M. le Professeur A. PINARD

NOUVELLE ÉDITION REVUE ET CORRIGÉE
Par L.-H. FARABEUF

1 vol. grand-jésus de x-480 pages avec 362 figures d'après les dessins originaux du professeur L.-H. FARABEUF
Prix : 15 francs

LA
PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS
OBSTÉTRIQUE JOURNALIÈRE
Par le Dr Henri VARNIER
Professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux
Un fort vol. in-8 soleil sur 2 colonnes, 440 pages avec 386 figures
Cartonné amateur, tête dorée. Prix. . . . 26 francs

TRAITÉ DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS
Par S. TARNIER
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de médecine
et P. BUDIN
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de médecine

Tome Ier. — **Grossesse et accouchement physiologiques,** 953 pages, 285 figures. Prix. . 15 fr
Tome II. — **Pathologie de la grossesse,** 586 pages, 66 figures. Prix. . . . . 12 fr
Tome III. — **Dystocie maternelle,** 771 pages, 168 figures. Prix . . . . . 12 fr
Tome IV. — **Dystocie fœtale. Accidents de la délivrance. Opérations. Infections puerpérales,** 754 pages, 250 figures. Prix. . . . . 12 fr

11-5-05. — Tours, Imp. E. Arrault et Cie.